

117
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor LESAGE

Externe des Hôpitaux de Lille

ESSAI SUR LA SYMPTOMATOLOGIE

LE PRONOSTIC ET L'ÉTIOLOGIE

DE

LA PLEURITE SÈCHE
SUR LE FRONT

Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

117

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Victor LESAGE

Externe des Hôpitaux de Lille

ESSAI SUR LA SYMPTOMATOLOGIE

LE PRONOSTIC ET L'ÉTIOLOGIE

DE

LA PLEURITE SÈCHE

SUR LE FRONT



Président : M. LETULLE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOÛVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESCREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
Clinique médicale	ROGER
	DEBOVE
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et Clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	REITTERER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MÈRE

Puissent l'assurance de notre affection filiale et la certitude de notre travail lui apporter le réconfort nécessaire à toutes les souffrances que lui a réservées la guerre !

A NOS SŒURS BERTHE ET EUGÉNIE

Puissent nos plus affectueuses pensées les récompenser de leur continuelle sollicitude !

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PÈRE

*Sa joie et sa fierté manqueront
à notre succès. Que notre piété
filiale le touche, là-haut !*

A LA MÉMOIRE DE NOTRE GRAND'MÈRE MATERNELLE

*Elle avait pour nous une ten-
dresse maternelle. Elle est morte,
loin de nous, dans les régions
envahies. Que notre affection la
rejoigne, là-haut !*

A LA MÉMOIRE DES NOTRES

A NOTRE AMI, LUCIEN LEMAIRE

*Mort au champ d'honneur, en
pleines promesses intellectuelles,
notre plus amical souvenir !*

A NOS CAMARADES D'ÉTUDES

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS NOS MAITRES

*Nos remerciements les plus
sincères.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

PROFESSEUR LETULLE

Médecin de l'hôpital Boucicaut
Membre de l'Académie de Médecine

*Il a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider notre
thèse.*

A TOUS CEUX ET A TOUTES CELLES
QUI NOUS FURENT UN SOUTIEN MORAL
PENDANT CETTE GUERRE

*Notre affectueuse reconnais-
sance.*

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études par ce modeste travail que nous avons écrit sur le front, notre pensée va naturellement, par-dessus la mêlée, à celles que la guerre nous a ravies depuis le début.

Quelle joie ce serait à notre mère, à nos sœurs, d'assister au couronnement de nos études ! Il nous reste, au moins, la consolation de savoir que, dûs-sions-nous tomber au champ d'honneur, elles sauront, par notre thèse, que nous n'avons pas failli à notre tâche et, dans des conditions plutôt défavorables, avons poursuivi et achevé nos études.

A tous nos maîtres, nous sommes heureux d'adresser ici l'hommage de notre reconnaissance : à nos maîtres de Ribécourt, de Cambrai, et de la Faculté libre de Lille, nous devons ce que nous valons.

Nos amis ont subi le sort que leur a réservé la guerre : beaucoup sont tombés et même nous ne connaissons tous les morts qu'après la guerre ; nous devons à notre ami Lucien Lemaire, atteint de fièvre typhoïde après la bataille de la Marne et mort dans un vague lit d'hôpital, l'assurance de notre meilleur souvenir : souvenir d'un grand cœur qui palpitait

aux premiers jours de guerre, souvenir d'une intelligence, servie par un travail assidu, et que la maladie a brisée.

La charité humaine a grandi, dans cette guerre, à l'égal des misères humaines ; elle nous a réservé, partout, à l'intérieur et sur le front, la sympathie attentionnée de tous ceux que nous avons approchés.

Nous devons, à tous ceux, à toutes celles qui, par leurs conseils, leurs encouragements, leurs lettres et leurs précieuses affections, nous furent un soutien moral durant cette épreuve le témoignage de notre vive gratitude et de notre affectueuse reconnaissance.

ESSAI SUR LA SYMPTOMATOLOGIE

LE PRONOSTIC ET L'ÉTIOLOGIE

DE

LA PLEURITE SÈCHE

SUR LE FRONT

**Quelques considérations générales sur les
maladies contractées sur le front et sur la
fréquence remarquable de la pleurite sèche.**

En comparant l'état sanitaire des corps de troupe, dans les dépôts où nous avons séjourné en partie pendant l'hiver 1914-1915 et dans les diverses unités que nous avons connues sur le front, nous sommes amenés à faire les remarques suivantes :

L'état sanitaire est relativement excellent sur le front : il est même, pensons-nous, meilleur qu'aux dépôts.

Depuis, des améliorations ont dû être apportées dans l'installation, le logement, la nourriture et le mode d'instruction des jeunes recrues ; mais au début de la guerre, dans les dépôts évacués du Nord où affluaient rapidement les classes 1914-1915, en-

tassées dans des casernements de fortune, où les maladies épidémiques (rougeole, scarlatine, etc.), sévissaient sans répit, où la même paille, jamais sèche, trop souvent habitée, servait toujours de couchette, où la nourriture était, au moins, médiocre, les malades s'alignaient impitoyablement sur le cahier de visite ; et, en plus des scarlatines et rougeoles, pneumonies, broncho-pneumonies, rhumatismes articulaires aigus, etc..., encombraient les hôpitaux manifestement trop petits.

Sur le front, tableau tout différent. Plus de maladies épidémiques ou des cas isolés. Plus de pneumonies ; de broncho-pneumonies et de rhumatismes articulaires aigus, des cas très rares et sur des hommes prédisposés.

On peut dire que les hommes, n'ayant point de tares, supportent les rigueurs du front, avec une facilité étonnante sous réserve que le commandement veille attentivement à mettre le poilu à l'abri de la pluie, l'encourage et l'aide à s'installer, lorsque faire se peut, le moins inconfortablement possible, dans les positions avancées.

Parmi les facteurs sanitaires de tout premier ordre sur le front, nous classons sur le même rang (1), la couverture des abris (tôle ou carton bitumé), le couchage (une pailleasse avec paille fraîche et abondante, sur treillis métallique devrait toujours exister,

1. Notre thèse a été écrite, alors que nous étions encore dans l'artillerie.

les secteurs d'attaque mis à part, et la deuxième couverture doit être distribuée avant les premiers froids), l'abondance du pinard (sans négliger l'eau javellisée) et les installations de douches.

Mais il arrive ce qui doit arriver en temps de guerre : les cagnas peuvent distribuer l'eau froide à domicile, laissant aux Boches le soin de nous distribuer le gaz : les cagnas peuvent même ne pas exister ; la distribution des deuxième couvertures peut manquer et la saison froide être avancée : les coopératives n'ont plus de pinard : bref, tout peut se liguer pour charger les cahiers de visite.

En compulsant ces cahiers de visite et les carnets médicaux d'évacuation, on peut espérer découvrir l'influence qu'exerce le front sur les diverses catégories de malades.

Nous n'avons pas la prétention d'établir une revue complète, détaillée, générale de ces maladies : nous nous contenterons de signaler quelques particularités qui nous paraissent intéressantes.

Et, d'abord, les anomalies du front : au hasard de nos souvenirs, nous citons un cas d'épilepsie bravais-jacksonienne, resté deux ans sur le front, ignoré du médecin, parce que le malade ne voulait pas le dire, pour ne pas être réformé et perdre ainsi son emploi à la Ville de Paris : nous citons, également, un cas d'épilepsie essentielle que nous dûmes évacuer à trois reprises différentes, parce que, malgré les meilleures preuves cliniques, nous ne voulions pas faire le diagnostic, sans avoir personnellement

constaté une crise et qu'envoyé à l'ambulance spécialisée pour « Crises nerveuses en observation ». Le malade nous revenait impitoyablement, une bromuration intense ayant momentanément fait disparaître les crises, d'ailleurs espacées.

De nombreux travaux ont fréquemment attiré l'attention sur le grand nombre et la bonne tolérance relative des formes latentes d'insuffisance aortique, aux armées : les récupérés comprennent une proportion considérable de tachycardies et nous avons eu l'occasion de découvrir un rétrécissement mitral, chez un jeune, d'allure malingre.

Personne n'ignore les rapports que les maladies vénériennes offrent avec la guerre : mais, pour réels qu'ils soient, ils ne sont pas, croyons-nous, plus apparents sur le front.

Nous n'insisterons pas non plus sur les troubles gastro-intestinaux, si fréquents en été, et où l'infection domine, depuis le vulgaire embarras gastrique, jusqu'à la dysenterie et la fièvre typhoïde, rarissime.

Nous préférons réserver notre attention sur les maladies qu'on peut qualifier saisonnières, comme disent les situations médicales des cinq jours et qui sont visiblement influencées par les conditions atmosphériques et partant le séjour au front.

On a vu plus haut que la pneumonie et la broncho-pneumonie étaient assez rares : de même, le rhumatisme articulaire aigu est moins fréquent que les formes chroniques ou localisées : nous entendons, par là, l'arthrite sèche et les synovites, principalement la

synovite crépitante des radiaux favorisée par le terrassement et qu'il nous a souvent été donné de rencontrer, surtout au bras droit.

La bronchite est conditionnée par les atteintes antérieures, qu'il s'agisse de tuberculose ou d'emphysème pulmonaire : la forme primitive, sans tares anciennes, a été rarement constatée par nous, exception faite des détachements de Créoles.

Incidemment, nous signalons l'évolution néfaste que subissent les otites chroniques suppurées, appelées trop souvent à faire la navette entre les ambulances spécialisées et le front.

Mais, plus fréquente que toutes les autres maladies, influencée nettement par le froid, aussi diverse par ses allures cliniques que par ses facteurs pronostiques, la pleurite sèche nous paraît mériter une mention spéciale.

Nous essayerons, aux seules lumières de la clinique qui a tous les droits sur le front, de dégager, dans les chapitres suivants, les particularités qui nous ont semblé intéressantes.

Quelques types cliniques de la pleurite sèche aux Armées

Nous n'avons pas la prétention de réviser le tableau que présente de la pleurite nos classiques.

Dans ce chapitre, nous voulons simplement exquiser les types cliniques sous lesquels se sont habituellement présentés les pleurétiques à la visite: nous n'aurons en vue que la pleurite en elle-même, nous réservant d'étudier, plus loin, les lésions qui l'accompagnent souvent et commandent son pronostic.

Nous posons, en principe, que la pleurite n'échappe pas au malade: le symptôme douleur est trop net, dans ses formes variables, il est vrai, pour qu'on puisse en admettre les formes ignorées du malade.

Il n'en est pas de même, nous verrons, pour le médecin qui peut méconnaître la pleurite ou n'en pas découvrir les symptômes caractéristiques, qui sont les frottements pleuraux.

Étudions donc les formes variables que présente la douleur pleurétique.

PREMIER CAS. — *J'ai un point dans le côté. J'ai mal dans le côté.*

C'est le cas le plus fréquent, le plus net, le plus simple.

Le malade n'a pas de dyspnée, à proprement parler ; il souffre en respirant à fond ou en toussant, mais la fréquence des mouvements respiratoires reste voisine de la normale. Pas de fièvre : le pouls est bon : à peine 37°1, 37°3 le soir et 36°9 le matin : la langue est saburrale quelquefois, et c'est tout.

Il suffit d'ausculter le malade pour entendre les gros frottements si nets, en bruit de cuir neuf, prenant parfois tout le côté, dans les pleurites étendues, ou, dans les formes localisées ou points pleurétiques, le frottement plus fin, plus sec, éclatant en bouffées dans l'oreille, surtout inspiratoire, mais se distinguant des râles en général et des râles crépitants en particulier par le complexe clinique qui l'accompagne d'une part et de l'autre, par ses caractères classiques bien connus : « il naît et meurt sur place ».

Le diagnostic est alors fait : on cherche par la palpation et la percussion à découvrir ce que peut cacher la pleurite : ce sera l'objet du chapitre suivant.

Mais l'auscultation peut être négative et le diagnostic impossible : il convient, avant de déclarer qu'il s'agit d'une pleurodynie, de pratiquer l'auscultation de la toux : les frottements ne sont souvent entendus que dans les fortes inspirations et, par conséquent, en faisant tousser le malade.

La pleurodynie n'est d'ailleurs qu'un symptôme : ce n'est pas un diagnostic et, pour nous, si nous n'avons pas découvert les points de Valleix caractéristiques de la névralgie intercostale, si aucun organe

thoracique ou des régions abdominales supérieures n'attire notre attention, nous faisons le traitement de la pleurite sèche, sous réserve toutefois qu'un zona intercostal puisse être en évolution.

Nous avons eu l'occasion de constater un grand nombre de zonas sur le front : nous ne savons si la même remarque a déjà été faite.

Au sujet de la question qui nous occupe, il nous souvient d'un cas de pleurodynie que nous avons commencé à traiter, comme une pleurite à auscultation négative, par la pose répétée de ventouses sèches sur la zone douloureuse où nous vîmes ensuite apparaître les lésions caractéristiques du zona. Notre diagnostic fut, un instant, dérouté : le placard érythémateux nous parut, d'abord, attribuable à la révulsion ; une vésicule, puis deux, tout en attirant notre attention, furent encore mises sur le compte d'une brûlure maladroite, causée par le coton hydrophile enflammé, utilisé pour la pose des ventouses ; mais, le lendemain, il fallut se rendre à l'évidence : c'était un superbe zona intercostal.

La pleurodynie peut être également symptomatique d'une lésion des organes thoraciques et abdominaux, mais la question dépasse le cadre de notre étude.

DEUXIÈME CAS. — *J'ai mal à l'épaule. J'ai mal au cou.*

On examine l'articulation scapulo-humérale qu'on mobilise sans douleurs, mais dans laquelle, on peut, il est vrai, trouver parfois, conjointement avec la pleurite, des craquements articulaires ou une inflam-

mation de la grande séreuse sous-acromio-delloïdienne.

On cherche des symptômes de torticolis et, si l'on n'ausculte pas, si l'on se contente de penser à un rhumatisme fruste, musculaire ou articulaire, le diagnostic n'est pas fait.

C'est, dans ces cas très fréquents, qu'on est tout heureux de découvrir à l'auscultation les signes caractéristiques de la pleurite.

Nous pensons qu'il faut alors toujours ausculter soigneusement le sommet du poumon, sans oublier la région axillaire où l'on trouvera parfois, et même très haut, les signes caractéristiques que le voisinage de la scissure interlobaire explique assez clairement.

TROISIÈME CAS. — *J'ai mal au cœur.*

Le malade promène la main sur la région cardiaque qu'il développe largement.

Si l'on est pressé ou si l'on ne pense pas à la pleurite, on ausculte les foyers cardiaques : on dit : ce n'est rien et l'on peut prescrire alors les restrictions habituelles des cardiopathies, du bromure, mais le diagnostic n'est pas fait.

Il faut, dans ce cas, faire préciser exactement le siège de la douleur : dans les points pleurétiques, habituels dans ces cas cliniques, le malade localise souvent très nettement la région : il suffit d'ausculter pour être fixé. Si l'on n'entend rien, il ne faut pas se décourager mais promener scrupuleusement l'oreille sur toute la zone antérieure du thorax, en n'oubliant pas que, dans les points pleurétiques, le frottement

fin et sec est plus habituel que le frottement, en bruit de cuir neuf.

Qu'on n'oublie pas d'ausculter soigneusement toutes les zones scissurales, voisines du cœur, et particulièrement vers les cinquième et sixième cartilages costaux, où aboutissent les scissures interlobaires : nous y avons souvent constaté la présence de pleurite sèche, ainsi que, du côté droit, le long de la quatrième côte qui dessine le trajet de la scissure interlobaire supplémentaire.

Un diagnostic différentiel reste souvent à faire avec la péricardite ; on en trouvera la discussion dans tous les livres classiques qui mentionnent, du reste, la coexistence fréquente de l'atteinte simultanée des séreuses voisines.

QUATRIÈME CAS. — *J'ai mal au foie.*

Le malade indique la ligne des dernières côtes droites.

Rien n'incline à penser à une lésion du foie : pas de symptômes physiques ; pas de troubles fonctionnels ; ni infection, ni intoxication, ni cardiopathie. De plus, la zone indiquée ne comprend pas toute la région hépatique ; elle est localisée. Tels sont les quelques traits qui permettront de rechercher les symptômes de pleurite.

Dans quelques cas, si le point est voisin du dixième cartilage costal, on pensera à la pleurite diaphragmatique ; mais, si les points douloureux si spéciaux de la névralgie phrénique font défaut, la clinique sera bien forcée de reconnaître son impuissance.

CINQUIÈME CAS. — *J'ai mal aux reins.*

L'homme désigne, en réalité, tout en se courbant légèrement, ce qui permet de douter d'un lumbago franc, la région dorsale inférieure, juxta-lombaire.

Très souvent, alors, on entend les frottements dans la zone répondant au sinus costo-diaphragmatique, mais, seulement, dans les fortes inspirations ou les secousses de la toux.

SIXIÈME CAS. — *J'ai mal à la rate.*

Nous n'avons constaté qu'une seule fois ce cas, chez un ancien paludéen qui avait son attention naturellement attirée vers sa rate. L'absence de symptômes francs de paludisme nous fit rechercher la pleurite qui existait réellement.

Ce type clinique ne peut manquer d'être rare : il suffit d'y penser, pour découvrir, dans le côté gauche et assez bas, les signes habituels, tout en faisant des réserves pour le cas possible d'une pleurite symptomatique.

.
.

On comprend, par l'étude de ces divers types cliniques qu'exception faite de la péricardite, il n'existe pas de diagnostic différentiel de la pleurite, elle est ou elle n'est pas ; l'auscultation peut être négative, mais, lorsqu'elle est positive, on ne peut penser à autre chose. Nous verrons plus loin que, tour à tour, la pleurite peut être tantôt toute la maladie, tantôt un symptôme surajouté à une lésion pulmonaire ou thoracique ou même abdominale; mais nous ratta-

chons cette question à l'étude pronostique de la maladie.

En l'espèce, considérée au seul point de vue du diagnostic pur, la pleurite est aisée à découvrir ; il suffit d'y penser, pour ne pas se laisser égarer par les multiples formes que revêt la douleur et retrouver, dans ces divers cas, les deux symptômes fondamentaux : *douleur et frottements*.

.
Il est aisé de rechercher, dans nos types cliniques, la description classique de la pleurite sèche.

Le premier cas est le cas habituel de la pleurite de la cavité générale et le second est symptomatique d'une pleurite du sommet. Quant à la pleurite interlobaire, elle est de beaucoup la plus polymorphe, revêtant, tour à tour, nos trois premiers types, suivant l'atteinte plus ou moins antérieure de la séreuse.

Le diagnostic des pleurites médiastinales et diaphragmatiques comporté de tels éléments de difficultés que la clinique, seule, peut rarement les vaincre ; à part la pleurite diaphragmatique typique dont les symptômes sont très nets, la clinique peut soupçonner ces formes sans les affirmer et les rayons X sont souvent nécessaires pour pouvoir découvrir nettement les pleurites diaphragmatiques et médiastinales, et encore dans les formes étendues et souvent compliquées de symphyse.

Aussi en chercherait-on vainement la description dans notre étude qui est l'exposé scrupuleux des cas que nous avons vus sur le front ; nous avons parfois

soupçonné une pleurite diaphragmatique, spécialement dans un cas de dysphagie demeurée pour nous inexpliquée, mais nous n'aurions vraiment osé émettre une pareille opinion que dans le cas où quelques frottements, entendus le long de la colonne vertébrale, et surtout à la région moyenne, nous faisaient découvrir une pleurite dont nous pouvions, par les symptômes fonctionnels, supposer une extension dans le médiastin.

Nous nous contenterons donc de montrer dans nos trois derniers types cliniques les éléments d'une pleurite tout au moins juxta-diaphragmatique ou juxta-médiastinale.

Facteurs pronostiques de la pleurite sèche sur le front

L'importance de la question n'échappe à personne. Elle est encore plus grande sur le front, où elle entraîne une décision nette, dans le sens de l'évacuation ou du maintien au corps.

Cette décision mérite d'autant plus d'être prise à bon escient qu'en plus de la santé du malade, il existe des questions adjacentes qui mêlent leurs complexités militaires au cas clinique.

.

Prenons l'exemple d'une pleurite du sommet : elle est, au moins, suspecte, de par sa localisation ; mais son allure torpide, malgré un état général souvent médiocre, n'éveille pas forcément l'attention.

Vous le gardez au corps : vous prescrivez révulsion, quinine ; vous entreprenez même une série de piqûres de cacodylate de soude, vous y ajoutez du quinquina et les quelques toniques que vous avez à votre disposition.

Qu'advient-il souvent ? Le malade traîne : il repart souvent à la visite : et, de là, à lui soupçonner un intérêt, facile à craindre, et que favoriserait votre

faiblesse, il n'y a qu'un pas : double source de froissements pour vous et pour le pleurétique, qui après des oscillations diverses de son état de santé, ressent encore les mêmes malaises et, dès lors, est tout prêt à se laisser tenter par les critiques habituelles du service médical.

Vous l'évacuez : un autre danger vous attend. Vous avez suivi, plus ou moins longtemps, votre malade : vous redoutez une évolution néfaste et comprenez votre impuissance dans le cadre habituel de votre poste de secours.

La température, prise soigneusement matin et soir, pendant un certain temps — et vous êtes limité pour ne pas encombrer l'unité d'hommes indisponibles — vous a montré l'existence d'une réaction subfébrile, intermittente : l'état général faiblit : l'anorexie s'établit.

Bref, vous avez affaire à un de ces *malades honteux* qui, inutiles sur le front, intéressants à l'arrière, ont trop de chances d'être renvoyés de l'ambulance avec une rapidité déconcertante qui, une fois de plus, irritera le malade et vous froissera vous-même : il vous restera la ressource d'évacuer un peu plus tard dans une autre ambulance le malade qui, cette fois, gagnera peut-être les régions méridionales.

Telles sont les difficultés annexes qui vous obligeront à discerner soigneusement les facteurs pronostiques de la pleurite.

.

Nous négligeons, bien entendu, dans le cadre

restreint de notre étude, la *pleurite-incident* : nous appelons ainsi celle qui survient, à titre de phénomène surajouté et sans intérêt, dans les affections pulmonaires de congestion ou de désintégration évidentes et dans les diverses lésions des organes thoraciques et abdominaux.

Nous ne visons que la *pleurite-maladie*, c'est-à-dire les cas où la pleurite réalise tout le tableau réel ou apparent de la maladie, la lésion pulmonaire, si lésion pulmonaire il y a, demandant à être recherchée.

Où trouverons-nous les facteurs pronostiques de cette pleurite-maladie ? Où les trouverons nous, en tenant compte que nous devons rester dans le domaine de la clinique pure et que nous n'avons pas les ressources du laboratoire, souvent reculé ni celles de la radiologie ?

.

Nous pensons que, pour la solution de ce problème, il faut classer, par ordre d'importance, les facteurs suivants :

- 1° *La localisation de la pleurite ;*
- 2° *L'auscultation des sommets ;*
- 3° *La répétition et la persistance de la pleurite ;*
- 4° *L'état général ;*
- 5° *La fièvre.*

On arrive ainsi à constituer deux types pronostiques de la *pleurite-maladie* : la *pleurite bacillaire* et la *pleurite saisonnière* (1).

1. Par *pleurite bacillaire*, nous voulons désigner la pleurite d'allure nettement tuberculeuse, réservant le nom de *pleurites*

La *pleurite bacillaire* est le plus souvent localisée au sommet : elle montre une ténacité remarquable et ne disparaît momentanément que pour vous permettre de découvrir, voilés antérieurement par la pleurite, les signes d'une atteinte pulmonaire (signes de Grancher) que vous avait déjà laissé entrevoir une submatité légère et des troubles divers de transmission des vibrations vocales ; l'état subfébrile, rarement fébrile et le mauvais état général achèveront de fixer votre diagnostic.

Le tableau clinique diffère dans la *pleurite saisonnière*. Il s'agit d'un homme de constitution robuste qui, à la suite d'un froid — cette cause occasionnelle manque souvent dans l'autre forme — a eu des frissonnements et ressent une douleur dont nous avons vu les manifestations variables. La douleur est, dans ce cas, plus accusée ; il y a fièvre : 37°5 à 37°8 ; la maladie est nettement franche, mais, après quelques jours (trois à quatre jours au plus), vous verrez rétrocéder complètement la pleurite. La fièvre tombe très vite ; les frottements sont moins rudes, ressemblent, à la fin, à des craquements presque et puis, c'est fini, à moins que la pleurite ait poursuivi son évolution vers la pleurésie avec épanchement.

Ajoutons à cela que, dans cette forme, la douleur est très souvent punctiforme, que le malade désigne

saisonnières OU MIEUX DITES SAISONNIÈRES, aux pleurites sèches dont la cause occasionnelle, influencée par les saisons, est nettement due au froid, dont l'évolution est franche, dont la terminaison semble cliniquement imposer un pronostic favorable.

du doigt le point douloureux, auquel point on entend exactement les frottements pleurétiques, tandis que, dans la forme bacillaire, la douleur est plus sourde, plus régionale, la lésion plus étendue, prenant parfois tout un lobe pulmonaire et nous aurons ainsi tous les éléments pronostiques qui dicteront notre décision : *l'évacuation*, avec feuille de température, au besoin, *dans la forme bacillaire, le traitement et le maintien au corps dans la forme saisonnière.*

Remarques cliniques sur l'étiologie de la pleurite et les relations de sa localisation avec la position du soldat pendant le sommeil.

La grande fréquence de la pleurite sur le front s'explique facilement par toutes les misères matérielles qui guettent le soldat.

C'est la maladie des jeunes recrues, des aspirants ; elle frappe aussi les poilus aguerris, au cours d'un changement de position, de cantonnement, dans une période plus rigoureuse ; elle s'accroît dans les journées pluvieuses, l'humidité contribuant spécialement à augmenter le nombre des maladies saisonnières.

Nous avons dit que la *pleurite bacillaire* subissait beaucoup moins cette influence et survenait souvent sans occasion apparente, revêtant une allure torpide et traînante.

Notre terme : *pleurite saisonnière*, ne veut établir aucune question de doctrine ; nous ne prétendons qu'à signaler l'influence frappante du froid sur son apparition et sur sa localisation, tout en pensant que l'évolution de ces pleurites saisonnières les rapproche des cas si démonstratifs que Dieulafoy cite en son *Traité de Pathologie interne*.

Tout le monde connaît son récit si vivant ; nous avons été insensiblement amené à chercher quelles conditions particulières pouvaient présider à l'éclosion des nombreuses pleurites que nous avons constatées sur le front.

La plus grande fréquence des pleurites gauches attira, tout d'abord, notre attention : nous ne produisons aucune statistique, cette remarque n'ayant été faite qu'à la longue et au moment où nous ne pensions pas à notre travail.

Frappé par ce fait, nous en avons cherché l'explication que nous avons aussitôt pensé trouver dans les conditions de logement ; en interrogeant les malades, nous avons d'abord cru que la pleurite se produisait du côté, apposé au mur de la cagna, mur souvent suintant, toujours humide et presque jamais recouvert de planches ; après quelques illusions, nous ne pûmes pas établir notre conviction. Un courant d'air, venant d'une ouverture mal fermée, pouvait expliquer quelques cas isolés : force nous fut de chercher ailleurs.

Sur ces entrefaites, nous avons analysé particulièrement les cas, plus rares, de pleurite sèche, survenant à droite, et avons pensé à demander au malade : « De quel côté vous couchez-vous ? » La réponse « du côté gauche », nous étonna, par la moins grande fréquence de cette position.

Il fallait se demander s'il y avait là, une cause occasionnelle ou une conséquence. On sait, en effet, que les ouvrages classiques signalent que les pleu-

rétiques se couchent sur le côté opposé à la lésion, lorsque la douleur prédomine et, sur le côté malade, lorsque la dyspnée est accusée, parce que, dans la position latérale, le poumon inférieur se développe le plus à l'inspiration, prenant en quelque sorte son point d'appui sur le poumon supérieur.

A notre avis, cette objection ne vaut rien, en l'espèce, car *il s'agit* — et nous l'avons toujours demandé — *d'hommes qui, avant leur pleurite, avaient l'habitude de se coucher sur le côté opposé à la lésion.*

Nous ne voulons pas dire que notre point de vue s'adapte à tous les cas : il est des pleurites qui sont consécutives à un travail de sape, à un terrassement sous la pluie, qui succèdent à une permission et à son attente prolongée sous les halls de gare où souffle le vent.

Pour tous ces cas, il ne peut y avoir de règle générale. Nous avons, en vue, les pleurites qui ont été contractées pendant la nuit : le malade se couche bien portant : il se réveille, avec un point de côté.

L'influence du froid est manifeste : il suffit d'avoir passé quelques nuits dans des cagnas humides, pour se rappeler le serrement de poitrine qui vous y saisit et l'insomnie de ces longues nuits, passées à se tourner et retourner, pour essayer de réchauffer alternativement un côté, puis l'autre.

Quelle est, dans ces conditions, la partie du thorax, la plus exposée au froid ? celle, donc, où la plèvre a le plus de chances d'être touchée ?

Du côté de la couchette, le corps est plus facilement protégé : s'il existe une pailleasse, la question ne se pose pas ; s'il n'y en a pas, quelques planches jointives ne laisseront pas arriver l'air. Du côté opposé, au contraire, le manque de couvertures, leur insuffisance, leur humidité seront de bonnes raisons pour soumettre la région thoracique voisine à l'influence de l'air glacé ou tout au moins humide et froid.

Il va sans dire que le cas contraire peut se produire et que, si l'homme couche sur la terre boueuse, les conditions changent ; mais ce cas est moins fréquent et ne prouverait rien contre notre opinion, qui vise les modes habituels d'action du froid dans la position couchée.

Nous pensons que les pleurites contractées la nuit se produisent du côté le moins protégé contre le froid, qui est, en l'espèce, le côté supérieur dans la position latérale, et, comme l'homme se couche habituellement sur le côté droit, nous nous expliquons de la sorte la plus grande fréquence des pleurites gauches, les pleurites droites survenant dans le cas contraire (1).

1. Notre thèse a été écrite — nous le répétons — dans l'artillerie, où les conditions de logement sont souvent meilleures. Dans l'infanterie où nous a appelé depuis le sort, nous avons souvent vu des pleurites, contractées la nuit, se produire du côté inférieur, dans le décubitus latéral ; il n'y a — pensons-nous — aucune contradiction à notre théorie qui vise les relations de la localisation de la pleurite avec le décubitus latéral et explique cette localisation par le manque de protection contre le froid, ce manque de protection pouvant être, selon les circonstances et le loge-

OBSERVATIONS

PREMIÈRE SÉRIE

Observations de pleurite bacillaire.

OBSERVATION I. — *Pleurite sèche, manifestation première d'une bronchite subaiguë des sommets.*

L..., canonnier territorial, se présente, pour la première fois, à la visite, le 8 novembre 1915.

Nous lisons sur le cahier :

8 novembre 1915. — Frottements pleuraux : Teinture d'iode. Repos.

9 novembre. — Ventouses. Même indication, les 11, 12, 13 novembre.

Le nom du canonnier disparaît sur le cahier jusqu'au 7 décembre 1915 où nous le retrouvons avec : « Bronchite légère : Ventouses, benzoate de soude, quinine » et mention de la température : 36°6, 36°9. Le 8 décembre 36°8 : Ventouses,

ment, tantôt du côté supérieur, tantôt du côté inférieur. Dans l'artillerie, où existaient des paillasses, le côté supérieur était souvent plus exposé : dans l'infanterie, il nous a semblé que c'était souvent le contraire, faute de paillasses, le côté inférieur reposant sur la terre ou sur une simple treillis métallique.

1. Nous avons tenu à établir scrupuleusement nos observations qui sont la copie presque fidèle des cahiers de visite et des carnets d'évacuation : on n'y trouvera aucune observation détaillée qu'il nous aurait fallu reconstituer de mémoire. Nous préférons solliciter une excuse dans les circonstances matérielles où nous avons écrit notre travail, plutôt que de manquer à une élémentaire sincérité.

benzoate : le 9 décembre, évacuation sur l'ambulance X..., avec le diagnostic. « Bronchite subaiguë des sommets. » Le canonnier n'est pas reparu à l'unité.

OBSERVATION II. — *Pleurite des sommets.*

B..., canonnier, classe 1901.

Dit avoir été traité pour bacilliose avant la guerre, à la suite d'hémoptyxies.

Nous savons l'avoir évacué vers janvier 1916, pour bronchite des sommets, et qu'il fut renvoyé, le lendemain ou le surlendemain, avec grand fracas, de l'ambulance du secteur.

Nous le soignons et le suivons au corps : ventouses, révulsion variée, terpine, quinine, piqûres de cacodylate constituent à peu près le traitement.

Au mois de mai, nous le trouvons sur notre cahier de visite.

12 mai. — Pleurite : ventouses, quinine. 13 mai, ventouses, quinine, tilleul, repos : 2 juin, ventouses : 3 juin, *idem*.

4 juin. — Evacué à nouveau, avec le même diagnostic.

Une autre ambulance lui fait rejoindre une région méridionale.

N'a plus été suivi.

OBSERVATION II. — *Pleurite, compliquée de congestion pulmonaire suspecte.*

M..., matelot, classe 1909.

Nous copions notre carnet d'évacuation :

Première évacuation, le 20 août 1916, pour « pleurite du côté gauche », pouvant être attribuée aux fatigues du service, en l'espèce de gros travaux et le séjour, la nuit, dans des sapes humides ;

Deuxième évacuation, après un séjour d'une semaine à l'unité, pour « pleurite et congestion pulmonaire gauche », le 3 décembre 1916.

A été réformé à l'intérieur.

OBSERVATION IV. — *Pleurite du sommet gauche.*

L..., classe 1909, évacué le 4 mars 1916, avec ce diagnostic. Aucune autre indication. N'est pas reparu à l'unité.

OBSERVATION V. — *Pleurite à répétition de la base droite.*

L..., classe 17, colonial.

20 janvier 1917. — Bronchite et pleurite légère : Ventouses, terpine. Repos.

22 janvier. — Bronchite : Ventouses, teinture d'iode.

Interruption, puis 24 février : « Pleurite de la base droite, 37°5. » Evacué.

Rentré le 25 mars 1917, pour être évacué à nouveau pour « plaie pénétrante par éclat d'obus au pli fessier droit ».

DEUXIÈME SÉRIE

Observations de pleurites, probablement bacillaires, mais saisonnières par leur apparition.

OBSERVATION VI. — *Pleurite à répétition du sommet gauche, sans lésion pulmonaire apparente.*

Cl..., classe 17, colonial.

Première manifestation :

23 décembre : Pleurite : ventouses : Repos.

24 décembre. — Pleurite gauche, 25, *idem*.

Deuxième manifestation :

23 janvier 1917. — Pleurodynie : ventouses.

29 janvier. — 38 degrés, 38°1, en observation : antipyrine et quinine.

30 janvier. — 37°5 : Ventouses, antipyrine et quinine.

31 janvier. — Pleurite gauche : quinine, ventouses.

Et ainsi jusqu'au 4 février.

Troisième manifestation.

7 mars. — Pleurite du sommet gauche.

8 mars. — *Idem*.

Quatrième manifestation.

17 mars. — Pleurodynie.

Cinquième manifestation.

14 avril. — Pleurite : ventouses, quinine. *Idem*, le 16 et le 17 avril.

A signaler la conservation d'un excellent état général.

OBSERVATION VIII. — *Pleurite à répétition de la base gauche.*

T..., artilleur, classe territoriale.

En 1917, le 15 février, 38°7 : antipyrine, quinine.

16 février. — 37°8. Bronchite légère, Pleurodynie : Benzoate de soude, quinine et ventouses.

18 février. — 37°5, 38°1 ; 19 février, 37°4 : ventouses, benzoate de soude. 20, 21, 22 février, amélioration. Quelques incidents.

4 mars. — Purgation. 8 mars : abcès dentaire.

Nouvelle manifestation.

14 avril. — Pleurite gauche : ventouses. Repos.

16 avril. — Quinine.

18 avril. — Révulsion. Repos.

20 avril, 22 avril, 24 avril. — Révulsion, quinine.

Excellent état général.

Nous avons rapproché à dessein ces deux observations, qui présentent une grande similitude : même date d'apparition, à la fin de l'hiver 1917, si rigoureux ; présence d'une cause occasionnelle dans les deux cas (arrivée sur le front, dans l'un, et, dans l'autre, changement de position avec logement médiocre) ; réaction fébrile nette, mais sans durée ; atteinte du thorax gauche (les deux malades se couchaient sur le côté droit) ; réveil de la maladie sous l'influence de la température, constaté principalement dans notre sixième observation, bien que la copie n'en fasse pas mention.

TROISIÈME SÉRIE

Observations de pleurites saisonnières

OBSERVATION VIII. — *Pleurite sèche saisonnière.*

R..., territorial, bon état général.

10 septembre 1915. — Frottements pleuraux, ventouses.
Repos.

26 septembre 1915. — Frottements, pleuraux.

27 septembre. — 37°1. Ventouses, quinine, thé.

8 novembre 1916. — Pleurite droite, ventouses, quinine.

9 et 11 novembre. — Bronchite, ventouses, sinapisme.

OBSERVATION IX. — *Pleurite sèche saisonnière.*

G..., territorial, bon état général.

20 septembre 1915. — Frottements pleuraux, ventouses.
Repos.

Idem, les 21, 22, 23, 24, 25 septembre.

Ces deux observations coïncident avec l'attaque de septembre 1915 et le travail fourni sans arrêt (en plus des mauvais cagnas), les explique suffisamment.

OBSERVATION X. — *Pleurite sèche saisonnière*.

B..., territorial, bon état général.

Frottements pleuraux le 23 novembre 1915, les 24, 25, 26, 27, 28. Ventouses, quinine, thé.

Pleurite les 2, 3, 4 janvier 1916.

OBSERVATION XI. — *Pleurite sèche saisonnière*.

M..., territorial, bon état général.

Pleurite les 28, 29 décembre 1915.

Nous bornons là cette série d'observations qui serait fastidieuse par son énumération uniforme et qui n'a d'histoire clinique que par son apparition fortuite, sa disparition rapide et sa guérison complète.

TROISIÈME SÉRIE

Pleurites anormales ou pleurodynies trompeuses

OBSERVATION XII. — *Pleurodynie-pleurite*.

M..., territorial, bon état général.

26 juillet 1916. — Pleurodynie, ventouses, quinine. Repos.

27. — *Idem*.

31 juillet. — Frottements pleuraux, ventouses, quinine.

1^{er} août. — *Idem*.

Attribuable à un changement de position.

OBSERVATION XIII. — *Torticolis-pleurite*.

J..., territorial, bon état général.

23 août 1916. — Torticolis ; pleurite, ventouses, quinine.

N'est plus reparu à la visite.

OBSERVATION XIV. — *Pleurodynie-pleurite*.

G..., territorial, bon état général.

Pleurodynie le 8 août 1916. Révulsion.

9 août. — Frottemets, ventouses. Repos.

Les 10 et 11 août. — *Idem*.

Attribuable à un travail de sape.

OBSERVATION XV. — *Pleurite chez un ancien paludéen, dans la région splénique*.

V..., classe jeune, bon état général, se plaint de la rate à la visite. Pas de crises de paludisme.

Frottements à l'auscultation, octobre 1917.

OBSERVATION XVI. — *Pleurodynie-zona*.

L..., territorial, bon état général.

28 avril 1916. — Pleurodynie. ventouses, quinine. Repos.

29 avril. — *Idem*.

30 avril. — Zona intercostal, suivi jusqu'au 17 mai (guérison).

La révulsion première ne semble pas avoir modifié l'évolution du zona.

Traitement de la pleurite sèche sur le front.

Douleur et fièvre constituent les indications du traitement ; révulsion, antipyrétiques et analgésiques en constituent les éléments..

La révulsion s'opère en campagne, soit sous forme de badigeonnage de teinture d'iode, — badigeonnage bien anodin, depuis que la teinture d'iode a été dédoublée, — soit encore par la pose de ventouses sèches, soit enfin par l'application de papier sinapisé.

La ventouse sèche est plus indiquée, lorsqu'à la pleurite se surajoute une lésion bronchique ou pulmonaire, habituellement congestive ; nous réservons le sinapisme aux formes circonscrites ou rebelles.

La nécessité d'agir vite, d'une part, et de l'autre, de ne pas introduire dans le traitement un élément susceptible de retarder la guérison nous fait éliminer, en campagne, les ventouses scarifiées dont les plaies, si minimales soient-elles, sont susceptibles de s'infecter et aussi la toile vésicante dont les phlyctènes tarderont souvent plus à se cicatriser que l'affection à disparaître.

Nous préférons varier ou combiner les modes de révulsion. Par exemple, après pose de ventouses,

nous pratiquons un badigeonnage simple de teinture d'iode, puis enveloppons le côté malade d'une épaisse couche de coton cardé que maintiennent quelques tours de bande.

Les jours suivants, même traitement avec ou sans teinture d'iode ; si la lésion est rebelle, un sinapisme ; si le traitement semble assez actif et même trop, nous nous contentons, à la fin, d'une simple couche d'ouate.

La révulsion suffit souvent à calmer la douleur qui est, du reste, rarement assez intense pour nécessiter une piqûre de morphine : le cas échéant, nous prescrivons un comprimé d'opium. Le cadre de notre service nous oblige à nous en tenir à ces médicaments héroïques. On connaît, par ailleurs, l'action sédative d'une piqûre d'eau distillée. Egalement, la mixture suivante :

Teinture d'iode	} à à
Gaïacol	

nous paraît le mieux, dans sa simplicité, réunir les indications du traitement : la teinture d'iode fait la révulsion ; le gaïacol agit, à la fois, sur la douleur et la fièvre.

Cette double propriété du gaïacol, nous la retrouvons dans la plupart des antipyrétiques analgésiques : antipyrine, aspirine, pyramidon, quinine, etc...

Si la fièvre et la douleur sont peu marquées, nous préférons donner la quinine, dont l'action tonique peut souvent être salutaire ; au cas contraire, nous combinons antipyrine et quinine.

Lorsque l'état général nous paraît douteux, nous entreprenons de suite une série de piqûres de cacydylate de soude, à moins que l'élément fébrile nous en empêche.

Habituellement, il nous faudra, dans ce cas, confier aux services d'arrière le soin de continuer le traitement et surtout de modifier l'état général.

CONCLUSIONS

1) La pleurite sèche est très fréquente sur le front.

2) Elle y revêt les formes les plus variables et les plus trompeuses, simulant un torticolis, une arthralgie de l'épaule, une affection du foie, du cœur, de la rate, des reins, etc.

3) Les facteurs pronostiques de la pleurite sèche sont d'abord la localisation, puis l'auscultation des sommets, ensuite la persistance et la répétition de la pleurite, enfin l'état général et la fièvre.

On doit ainsi distinguer, au point de vue clinique, les pleurites sèches, nettement tuberculeuses, et les PLEURITES SÈCHES DITES SAISONNIÈRES.

4) La pleurite sèche saisonnière frappe surtout le côté gauche.

Nous pensons qu'il faut en trouver la raison dans le décubitus du malade, en position latérale.

Les pleurites, contractées la nuit, se localisent au côté le moins protégé contre le froid qui se trouve être le plus souvent le côté supérieur et, comme ce dernier est habituellement le côté gauche, les pleurites sèches sont plus fréquentes à gauche que les pleurites sèches du côté droit, lesquelles se produisent dans le cas contraire.

5) Douleur et fièvre constituent les indications du traitement : révulsion, antipyrétiques et analgésiques en constituent la base que réalisent le mieux, en campagne, « ventouses, quinine et au besoin, antipyrine ».

L'évacuation s'impose dans les pleurites sèches nettement tuberculeuses.

Vu : le Président de la thèse,

LETULLE

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Comme nous avons préparé et écrit notre thèse sur le front même, on ne s'étonnera pas de ne pas voir figurer, à cette place, une longue liste de volumes ou de revues.

Nous avons puisé le sujet de notre thèse dans notre pratique journalière du service médical de corps de troupe : nos ouvrages classiques et spécialement le volume *Maladies de la Plèvre* de la collection Castaigne nous ont aidé à réaliser ce bien modeste travail.

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 3729-18
